Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
JUNTA DE ANDALUCIA Y BIENESTAR SOCIAL

HOJA DE REGISTRO E INFORME

Distrito Sanitario _____

Nombre y Apellidos _____ Edad _____

Dirección _____ Localidad _____

N.º Seguridad Social
Entidad Aseguradora } _____ Fecha _____

D.N.I. _____ Hora de petición de asistencia _____

Médico de Cabecera: _____ Hora de asistencia _____

Accidente Laboral ☐ Accidente de Tráfico ☐ Asistencia Domicilio ☐ Centro Salud ☐ Otro ☐

Nombre del celador: Firma:

(A= Anamnesis, E.F.= Exploración Física, E. C. = Exploración Complementaria)

JUICIO DIAGNÓSTICO: CÓDIGO:

CÓDIGO:

TRATAMIENTO: 1. CÓDIGO ☐☐☐ N.º DOSIS ☐☐

2. CÓDIGO ☐☐☐ N.º DOSIS ☐☐

3. CÓDIGO ☐☐☐ N.º DOSIS ☐☐

Otros:

DERIVACIÓN

Domicilio ☐ Médico Habitual ☐ Hospital ☒

TRANSPORTE

Ambulancia ☐ Coche Propio ☐ Otros ☐

PARTE JUDICIAL

SI ☐ NO ☒

URGENCIA REAL

SI ☒ NO ☐

ACTUACIÓN TERAPÉUTICA D.U.E. Programada ☐ Urgencia ☐

Inyecciones ☐ Curas ☐ Sondas ☐ Ecg. ☐ Tiras R. ☐ Vac. ☐ Suero i.V. ☐

Observaciones: _____

Nombre y Apell. Médico: _____ N.º Colegiad